

فرم گواهی سلامت بیمه شدگان عمرانفرادی (جهت پیگیری بیمه نامه های معلق)

تاریخ:
شماره رهگیری:

بیمه شده گرامی، خواهشمند است به کلیه پرسشهای مندرج در این فرم با دقت و صداقت و به صورت خوانا پاسخ داده و سپس امضاء فرمایید. شرط اصلی آنکه بیمه نامه با شرایط جدید، صحت اطلاعات مندرج در این فرم بوده و به آن استناد خواهد شد.

شماره پیمه نامه:	شماره پیمه نامه:
نام: نشانی محل سکونت: تلفن محل سکونت: ایمیل آدرس:	نام: نشانی محل سکونت: تلفن محل سکونت: ایمیل آدرس:
نام پدر: تلفن همراه: شغل اصلی بیمه شده:(الزامی) (لطفاً نوع شغل یا کاری را که به آن اشتغال دارد، به صورت دقیق ذکر نمایید. عنوانین شغلی مانند آزاد، کارگر، کارمند، عنوان رشته تحصیلی و ... مورد قبول نمی باشد.)	نام خانوادگی : کدپستی محل سکونت: شغل فرعی بیمه شده:
نام: نشانی محل سکونت: تلفن محل سکونت: ایمیل آدرس:	نام: نشانی محل سکونت: تلفن محل سکونت: ایمیل آدرس:
نام پدر: تلفن همراه:	نام خانوادگی : کدپستی محل سکونت:

ردیف	بیماری	ردیف	بیماری	ردیف	بیماری
ردیف	خیر	بلی	خیر	بلی	خیر
۱	بیماری دستگاه تنفسی (سرمه مزمن، آسم...)			۲	بیماریهای قلبی، درد قفسه سینه و تنگی نفس فعالیتی و...
۳	بیماریهای خونی، سابقه تزریق خون، کم خونی			۴	بیماریهای گوارشی، کبد، پانکراس و...
۵	بیماریهای اعصاب و روان، افسردگی و اضطراب و...			۶	بیماریهای داخلی اعصاب، تشنج سکته مغزی
۷	بیماریهای کلیه و مجاری ادراری.			۸	بیماریهای گوش و حلق و بینی، چشمی و...
۹	بیماریهای پوستی، خالهای بزرگ			۱۰	بیماریهای استخوانی، عضلات و مفاصل و...
۱۱	بیماریهای غدد داخلی نظیر تریوئید و ..			۱۲	سابقه بیماریهای عفونی مانند سل، هپاتیت و ایدز ...
۱۳	بیماری فشار خون			۱۴	بیماری مرض قند(دیابت)
۱۵	آیا سابقه سرطان و بدخیمی داشتهاید؟			۱۶	آیا سابقه تومور داشتهاید؟

لطفا از زمان، شروع قرارداد به سئوالات زیر باسخ دهید

		آیا به بیماری یا عارضه دیگری مبتلا شدهاید که ذکر نشده باشد؟	۱۸		آیا مورد عمل جراحی قرار گرفته یا بستری شده اید؟	۱۷
		آیا دچار از کارافتادگی شدهاید؟	۲۰		آیا دچار نقص عضو شدهاید؟	۱۹
		آیا کسی از بستگان درجه اول شما به بیماری سل، تشنج، مبتلا شده یا میباشد؟	۲۲		آیا در شش ماه گذشته کاهش وزن داشتهاید؟	۲۱
		آیا در حال حاضر به لحاظ پزشکی سالم هستید؟	۲۴		آیا از دارو برای بیماری طولانی مدت استفاده میکنید؟	۲۳
		آیا بیماریهای زنانه دارید؟	۲۶		آیا در حال حاضر باردار هستید؟	۲۵
در صورت استفاده از هر یک از موارد ذیل، مقدار، نوع و مدت مصرف را اعلام نمایید.						سایر موارد
		مواد مخدر	<input type="checkbox"/>	مشروبات الکلی	<input type="checkbox"/>	سیگار

در صورت مثبت بودن هر کدام از سوالات فوق با ذکر نام بیماری، زمان شروع بیماری، نوع و میزان داروی مصرفی، مدت زمان داروی مصرفی، زمان انجام شده و وضعیت فعلی، (سمه شده) اتوχسیز دهد.

کیلوگرم	وزن بیمه شده	سانتی متر	قد بیمه شده	سئوالات عمومی
		اگر فعالیتهای جنبی اعم از ورزش حرفه‌ای، مسافرت مستمر و ... انجام میدهید بیان بفرمایید:		

در صورتیکه بستگان درجه یک شما(پدر، مادر، خواهر و برادر) از زمان شروع قرار داد فوت کرده یا دچار بیماری شده اند حتماً ذکر بفرمایید.

علت فوت	وضعیت سلامت در صورت حیات	سن	افراد خانواده	علت فوت	وضعیت سلامت در صورت حیات	سن	افراد خانواده	وضعیت سلامت: پدر، خواهر، برادر، مادر
			خواهر					پدر
			برادر					مادر

آیا تا به حال درخواست بیمه عمری داشته اید که یک شرکت بیمه صدور آن را نپذیرفته باشد؟ آیا در حال حاضر پیشنهاد بیمه عمر با حادثه در جریان صدور یا صادر شده دارید؟	بلی خیر (در صورت مثبت بودن جدول زیر را تکمیل کنید) بلی خیر (در صورت مثبت بودن جدول زیر را تکمیل کنید)	نام شرکت بیمه ای	نوع بیمه نامه	در جریان صدور/اصدور/عدم صدور	در جریان صدور	عدم صدور	در جریان صدور	عدم صدور	در جریان صدور	عدم صدور	توضیحات بیمه شده
				<input type="checkbox"/> در جریان صدور	<input type="checkbox"/> اصدور	<input type="checkbox"/> عدم صدور					
				<input type="checkbox"/> در جریان صدور	<input type="checkbox"/> اصدور	<input type="checkbox"/> عدم صدور					
				<input type="checkbox"/> در جریان صدور	<input type="checkbox"/> اصدور	<input type="checkbox"/> عدم صدور					

بدینوسیله تعهد مینمایم که کلیه سئوالات مشروطه در این فرم را با صداقت و به نحو کامل جواب داده و از مقررات و شرایط عمومی بیمه نامه که جزو لاینفک این قرار داد میباشد، اطلاع کامل حاصل نموده و اعلام مینمایم که جوابهای داده شده کاملاً درست و عین واقعیت بوده و مطلع هستم که هر گونه اظهار خلاف واقع و خودداری از واقعگویی به موجب قانون بیمه باعث باطل شدن قرار داد بیمه عمر و از دست دادن مزایای آن خواهد شد. ضمناً بیمه گر یا پزشکان معتمد اجازه دارند هر گونه اطلاعاتی را که راجع به وضع مزاجی و سلامت نیاز باشد، کسب نمایند.	نام بیمه شده: امضاء بیمه شده: تاریخ:	مهر و امضاء نمایندگی / شعبه/مجتمع بیمه ای (تکمیل فرم بصورت کامل الزامی است)	نام بیمه شده امضاء بیمه شده تاریخ
---	--	--	---

نام، امضاء و مهر پزشک معتمد:	تاریخ: / /	۱۳	قلمرو پزشکی
------------------------------	------------	----	-------------

نام و امضاء کارشناس اداره خدمات پس از صدور بیمه های عمر انفرادی	تاریخ: / /	۱۳	نقضه اداره بیمه
---	------------	----	-----------------